

記入例

(宛先) 八千代市長

下記のとおり、子ども医療費助成申請の内容に変更等がありましたので、届出

届出年月日		令和 年 月 日	
申請者 (現保護者)	現住所	八千代市 大和田新田312-5	
	氏名	子福 太郎	
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (日中の連絡先)	
対象となる子ども（申請内容の変更等に係る子ども）			
氏名 (新氏名)	子福 三郎		
生年月日	平成・令和 〇年 〇月 〇日	平成・令和 年 月 日	
申請者との 続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子以外 ()	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子以外 ()	
変更又は喪失事由			
<input type="checkbox"/>	健康保険の 変更	保険の種類	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> その他
		被保険者氏名	
<input type="checkbox"/>	子どもの 住所変更	番号	令和 年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/>	保護者の 住所変更	対象保護者	子福 花子 生年月日 昭和・平成 〇年 〇月 〇日
		<input type="checkbox"/> 転入 (<input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 申請者の住所と相違 ()) <input checked="" type="checkbox"/> 転出⇒転出先住所 (〇〇県△△市)	
<input type="checkbox"/>	子どもの 氏名変更	<input type="checkbox"/> 姓のみ <input type="checkbox"/> 名のみ <input type="checkbox"/> 姓及び名の両方	
<input type="checkbox"/>	保護者で なくなる	氏名	
		理由	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他
	新たに保 護者とな る	氏名	
		個人番号	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
<input type="checkbox"/>	課税状況の 変更	<input type="checkbox"/> 所得税非課税世帯から課税世帯へ (自己負担額が300円から無料) <input type="checkbox"/> 課税世帯から所得税非課税世帯へ (自己負担額が300円から無料)	
<input checked="" type="checkbox"/>	喪失	<input checked="" type="checkbox"/> 転出⇒転出先住所 (〇〇県△△市) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()	
変更・喪失年月日		令和 〇年 〇月 〇日	

転出前の住所を記入してください。

子ども医療費助成対象の子どもの氏名・生年月日を記入、続柄欄にチェック。

単身赴任等で保護者のみ転出する場合は「保護者の住所変更」及び「転出」にチェックし、転出先住所等を記入してください。

ご家族全員またはお子さんが転出する場合は「喪失」及び「転出」にチェックし、転出先住所を記入してください。

転出予定日を記入してください。

同意書

私は、私が新たに保護者となる者として子ども医療費助成の申請内容に変更が生じたとき及び私が八千代市子ども医療費助成制度を利用する間、八千代市が八千代市子ども医療費の助成に関する条例施行規則に基づく事務手続を処理するために限り、下記事項について同意します。

- 私の地方税に関する情報について、八千代市が保有する公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）により子ども医療担当課において情報を取得し、確認すること。
- 住民票の記載事項について、八千代市が保有する公簿等（住民基本台帳ネットワークシステムによる情報取得を含む。）により子ども医療担当課において情報を取得し、確認すること。
- 千葉県国民健康保険に加入している場合は、子どもの資格情報等について、八千代市が保有する公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）により子ども医療担当課において情報を取得し、確認すること。
- 八千代市ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例に基づく助成、八千代市重度心身障害者の医療費の助成に関する条例に基づく助成等の他の制度との適用関係を確認するために必要な情報について、子ども医療担当課において情報を取得し、確認すること。
- 対象となる子どもに係る高額療養費及び子ども医療費の負担額に過不足が生じ、調整が必要となった場合は、制度間の相殺が行われること。
- 保険者から高額療養費又は家族療養費付加給付金が支給され、子ども医療費の助成が過払となった場合は、当該過払相当額を八千代市へ支払うこと。

氏名 _____ 氏名 _____ 氏名 _____

※氏名の記入は、同意事項に同意する者が自ら署名を行うこと。

市 使 用 欄	県内	県外	海外	新たに保護者となる者	本年1月1日時点 の住民登録地	都道 府県	市区 町村	八千代市	
	令和 年 月 日				前年1月1日時点 の住民登録地	都道 府県	市区 町村	八千代市	
	1 子どもの保険証の写し 添付・後日・国保								
	2 戸籍の附票・パスポートの写し (父・母・分) 添付・後日								
	3 その他 () 添付・後日								